Citeer dit artikel als:
Ned Tijdschr Geneeskd. 1995;139:1394-6
Dysfunctionerende specialisten

H.G.M. Rooijmans

DYSFUNTIONERENDE SPECIALISTEN

INLEIDING

Iedere beroepsgroep kent beoefenaren die hun werk niet naar behoren verrichten, of er zelfs een potje van maken. Het zou vreemd zijn als dat bij medische specialisten anders zou zijn. Dat is dan ook niet zo: er zijn specialisten die dysfunctioneren, dat wil zeggen: specialisten bij wie zich structurele (langdurige en (of) recidiverende) problemen voordoen in het functioneren. Vorig jaar berichtten Lens en Van der Wal uit de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland over een oriënterend onderzoek in de 21 ziekenhuizen van die provincie.1 Over een periode van 5 jaar bleek er bij 93 (op de in totaal circa 2000 werkzame) specialisten sprake te zijn (geweest) van dysfunctioneren. Er werd geen precieze definitie van dysfunctioneren gehanteerd (hoe zou die ook moeten luiden?), maar aan de hand van een lijst van mogelijke symptomen werd wel steeds overeenstemming over dit begrip bereikt tussen de onderzoekers en hun gesprekspartners (directies, besturen van medische staven). Vaak werden gedragingen genoemd die zijn onder te brengen onder het hoofd ‘gebrek aan communicatieve vaardigheden’ (40). In ruim een kwart van de gevallen lag het dysfunctioneren op het vlak van het medisch-technisch handelen (beoordelingsfouten, nalatigheden en dergelijke).

Het erkennen dat er een probleem bestaat, is één ding; een ander is er iets aan te doen. Dysfunctioneren is vaak al lang bekend in kleine kring. Lens en Van der Wal wezen op de nogal eens bestaande ‘conspiracy of silence’. Directies voelen zich echter vaak niet of onvoldoende bij machte het probleem aan te pakken. Er zijn weinig sanctiemogelijkheden – behalve dan de ultieme van ontslag of verbreking van het contract, maar aan die ‘oplossing’ zitten, zacht gezegd, nogal wat juridische en financiële haken en ogen. Vóór alles is preventie van belang: voorkomen is beter dan genezen.

Het artikel van Lens en Van der Wal was aanleiding een Tijdschriftconferentie te beleggen over het dysfunctioneren van specialisten. Korte inleidingen werden verzorgd door Lens (Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland), Palmen (voorzitter Landelijke Specialisten Vereniging), Van den Broek (directeur van een groot ziekenhuis), Haak (uit het Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medische Specialisten) en Boekholdt (organisatieadviseur). De samenkomst stond in het teken van een bespreking van de ontwikkeling en toepassing van instrumenten voor preventie.

PREVENTIE

Als men dysfunctioneren wil voorkómen, moet men ervoor zorgen dat de opleidingen goed functionerende specialisten afleveren. Uiteraard biedt een goede opleiding geen volkomen garantie dat men later niet zal ontsporen, maar het gezegde ‘jong geleerd, oud gedaan’ is ongetwijfeld van toepassing; hiermee zal men zeker instemmen als men zich realiseert dat een niet onbelangrijk deel van de gevallen van dysfunctioneren betrekking heeft op bejegening en communicatie. Het belang van een respectvolle en zorgvuldige bejegening van patiënten wordt in theorie door iedereen onderschreven, maar praktisch onderwijs daarin krijgt weinig aandacht. Haak wees erop dat de opleider(s) in de dagelijkse praktijk moet(en) laten zien hoe men met patiënten om moet gaan, en verwees in dit verband naar het recente artikel van Wagener in dit tijdschrift over het gesprek met de patiënt met kanker.[2]

Het ligt voor de hand om behalve aan verbeteringen in de opleidingen ook te denken aan verbetering van de procedure rond het aannementoelaten van specialisten in het ziekenhuis respectievelijk in een maatschap. Van den Broek schetste de gang van zaken in zijn ziekenhuis bij het aannemen van specialisten. Vanzelfsprekend heeft de maatschap een belangrijke stem, maar niet de beslissende. Het ziekenhuis kent een vacaturecommissie met een vaste voorzitter (en wisselende leden). Tezamen met de maatschap bepaalt deze commissie welke sollicitanten worden uitgenodigd voor een gesprek. In de selectiegesprekken speelt de directie natuurlijk ook een rol. De uiteindelijke beslissing wordt genomen na overleg tussen directie, stafbestuur, vacaturecommissie en maatschap.

DE ORGANISATIE

Dysfunctioneren zal nooit geheel te voorkomen zijn. Om die reden is ook secundaire preventie van belang: men zal ernaar moeten streven dysfunctioneren in een vroeg stadium te ontdekken, en moeten proberen het in de kiem te smoren. Palmen benadrukte het belang van vroegtijdige signalering, omdat er dan nog mogelijkheden zijn om in te grijpen. Daarvoor is nodig dat de organisatie doorzichtig is, dat taken en verantwoordelijkheden helder zijn afgebakend en dat specialisten kunnen worden aangesproken op hun functioneren. Zoals Boekholdt betoogde, is de ziekenhuisorganisatie nu veel complexer dan vroeger. De gezondheidszorg is bovendien meer dan voorheen publiek domein. Men kan zich niet meer veroorloven zaken binnenskamers te houden. Hij en anderen pleitten voor een organisatievorm van een ziekenhuis met functiegroepen (sectoren, divisies), waarin specialisten medeverantwoordelijkheid voor het bestuur dragen. Het is nodig regelmatig functioneringsgesprekken te houden, en specialisten dienen zo nodig getraind te worden in communicatietechnieken. Ook is het van belang meer dan nu gebeurt na te denken over loopbaanplanning.

Uit de discussie leek naar voren te komen dat academische ziekenhuizen op dit punt wat voorliggen op niet-academische. De academische ziekenhuisafdelingen kennen een duidelijke, hiërarchische structuur. Voorts is in alle academische ziekenhuizen de indeling in divisies ingevoerd. Het afdelingshoofd heeft tot taak zijn medewerkers periodiek te beoordelen. De afdelingshoofden (meestal hoogleraren) zelf dienen te worden beoordeeld door de raad van bestuur of het faculteitsbestuur, in samenspraak met de divisiebesturen. Met dit soort procedures is pas recentelijk een begin gemaakt. In de nietacademische ziekenhuizen lijkt men over het algemeen nog niet zo ver te zijn. Deze zijn ook minder hiërarchisch van

structuur. Het is echter de vraag of dat kenmerk zo belangrijk is. Ook in grote ‘perifere’ ziekenhuizen heeft indeling in divisies plaatsgevonden, of is deze in voorbereiding. Belangrijker dan de hiërarchie is het gemeenschappelijke besef dat taken en verantwoordelijkheden moeten worden geëxpliciteerd en afgebakend. Het gaat hier om een veranderingsproces dat tijd kost, maar de ontwikkeling in die richting is gaande.

Voor functioneringsgesprekken is vanzelfsprekend een toetsingskader nodig waarover men het eens is: waarop wordt men beoordeeld (en door wie)? Her en der wordt al gewerkt met vastgelegde toetsingskaders, maar globaal lijkt deze methode zich nog in een experimenteel stadium te bevinden. Essentieel is een klimaat van vertrouwen, waarin niet alleen specialisten kunnen worden aangesproken door de directie en (of) divisiebesturen, maar ook andersom.

DE ROL VAN DE BEROEPSGROEP

De rol van de beroepsgroep (wetenschappelijke vereniging) is het duidelijkst bij visitaties. Opleidingsklinieken worden al sinds jaar en dag gevisiteerd. De visitaties worden onder verantwoordelijkheid van de Specialisten Registratie Commissie uitgevoerd door een visitatiecommissie die is samengesteld uit beroepsgenoten. Sinds enkele jaren zijn verschillende grote wetenschappelijke verenigingen (bijvoorbeeld die voor interne geneeskunde, heelkunde, obstetriegynaecologie) doende met het ‘in eigen beheer’ uitvoeren van visitaties van niet-opleidingsklinieken. Door het Centraal College wordt aan deze visitaties veel belang gehecht in het kader van de ontwikkeling van eisen voor (kwalitatieve) herregistratie van specialisten.

Leiden visitaties tot vroegtijdige signalering van problemen rond functioneren, en tot oplossingen? Over deze vraag is in de conferentie uitvoerig gediscussieerd. De teneur was dat men hierover niet te optimistisch kan zijn – hoezeer visitaties ook van belang zijn voor het handhaven van de kwaliteit van zorg. Dat geldt zeker voor de opleidingsvisitaties. Men visiteert vooral een geheel, niet zozeer de onderdelen. Problemen met personen worden nogal eens uit het gezichtsveld gehouden, en ook als die problemen duidelijk zijn, is er vaak niet zoveel aan te doen. Soms doen openhartige assistenten een boekje open over een specialist, maar ook dan zijn de mogelijkheden voor ingrijpen zeer beperkt. Door verschillende sprekers werd naar voren gebracht dat de in veel ziekenhuizen gehouden ‘previsitatie’ (een in eigen beheer uitgevoerde generale repetitie) wellicht nuttiger is dan de visitatie zelf.

Over de visitatie van niet-opleidingsklinieken werd wat minder ongunstig geoordeeld. Het is daar vaker dan in de (dikwijls wat grotere) opleidingsklinieken mogelijk om inzicht te krijgen in het functioneren van individuen. Bij deze visitaties wordt ook meer dan bij de opleidingsvisitaties gesproken met andere belanghebbenden (huisartsen, verpleegkundigen, secretaresses enzovoort). Maar ook dan geldt: zien dat er een probleem bestaat, is één ding – een ander is er iets aan te (kunnendurven) doen. Zonder sanctiemogelijkheden, van welke aard ook, kan men weinig uitrichten.

SANCTIEMOGELIJKHEDEN

De ultieme sanctie is ontslag, of opzegging van het contract, maar zo'n maatregel wordt natuurlijk alleen bij zeer ernstig dysfunctioneren genomen. En ook dan steekt de rechter wel eens een spaak in het wiel – of de uitvoering van de sanctie kost handen vol geld. Zijn minder

ingrijpende maatregelen denkbaar? Kan druk van buiten (inspectie, zorgverzekeraars) voorkomen dat het zover komt?

Door Van den Broek werd erop gewezen dat de specialist een leveringsplicht heeft. Voldoet hij of zij hieraan niet of niet voldoende, dan is het in theorie mogelijk hem of haar bepaalde faciliteiten te ontzeggen (bijvoorbeeld gebruik van operatiekamers). Dat kan zonder dat het contract als zodanig wordt opgezegd. Uit de discussie bleek dat deze weg, zacht gezegd, niet gemakkelijk begaanbaar is.

De inspectie komt vaak pas in beeld als de directie het probleem niet kan oplossen, dat wil zeggen in een laat stadium. Lens merkte in de discussie op dat de inspectie voor Noord-Holland de gewoonte heeft artsen uit te nodigen voor een gesprek als zij een maatregel opgelegd hebben gekregen van een medisch tuchtcollege. (Het gaat bij specialisten die een waarschuwing hebben gekregen natuurlijk lang niet altijd om structureel dysfunctioneren; soms gaat het om iets incidenteels.)

Het ligt voor de hand bij de bespreking van mogelijke sancties te denken aan de zorgverzekeraars. Kunnen die geen eisen stellen? In de discussie bracht Van der Veen naar voren dat hierover ook gedacht wordt, maar er zijn wel de nodige praktische problemen te overwinnen. Zijns inziens zouden de zorgverzekeraars moeten kunnen afdwingen dat de ziekenhuizen een structuur hebben voor kwaliteitsbewaking, met duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden.

GEBREK AAN MOED?

Dysfunctioneren bestaat. Niemand weet om hoeveel specialisten het bij dit probleem gaat. Het is bovendien heel moeilijk een grens te trekken tussen wat nog wel en wat niet tolerabel is. Maar ook al gaat het maar om enkelingen, dan nog geldt: iedere dysfunctionerende specialist is er één te veel. Men kan natuurlijk proberen de opleidingen te verbeteren, zorgvuldige sollicitatieprocedures in te voeren, de organisatie van een ziekenhuis zo in te richten dat dysfunctioneren sneller wordt onderkend – maar uiteindelijk gaat het natuurlijk om individuen. Er worden eisen gesteld aan eigen inzicht (de specialist zelf is vanzelfsprekend als eerste verantwoordelijk voor zijn of haar functioneren; hij of zij moet bereid zijn, indien nodig, zich te laten corrigeren). Er worden ook eisen gesteld aan de collegae en aan de individuen die zitting hebben in besturen of directies. Hebben collegae de moed om het probleem te signaleren, om te zeggen waar het op staat? Hebben beoordelaars de durf om tegenover de beoordeelde persoon klare wijn te schenken?

Gebrek aan moed of durf was een steeds terugkerend onderwerp in de discussie bij deze conferentie. Vaak weten collegae wel dat het niet goed gaat, maar het aan de orde stellen van het probleem wordt beleefd als klikken of als bevuiling van het eigen nest. De Nobel vergeleek het in een recent artikel over dysfunctionerende psychotherapeuten met het in voetbalkringen bekende ‘maten naaien’.[3] In de discussie merkte hij op dat het laakbaar is om het patiëntenbelang ondergeschikt te achten aan (verkeerd begrepen) collegialiteit en solidariteit. Volgens hem kan alleen wanneer melding aan een bevoegde instantie (of een daartoe aangewezen persoon) verplicht wordt gesteld een situatie worden gecreëerd waarin individuele moed er niet of minder toe doet: men meldt niet omdat men zèlf vindt dat dit moet, maar omdat het verplicht is. Het ligt in dit verband voor de hand een vergelijking te

maken met de verplichting fouten te melden bij een commissie voor fouten, ongevallen en 'near accidents' (FONA-commissie).

Gebrek aan moed of durf speelt natuurlijk ook een rol bij functioneringsgesprekken. Niet altijd wordt in die gesprekken de bestaande kritiek helder verwoord. Dat is natuurlijk niet alleen het geval in de medische wereld. Mensen zijn nu eenmaal liever Sinterklaas (met cadeautjes) dan zwarte Piet (met een roe).

SLOTOPMERKINGEN

Het was een levendige conferentie. Tastbare resultaten in de vorm van goed te hanteren methoden om dysfunctioneren te voorkomen of vroegtijdig te stoppen, heeft deze samenkomst niet opgeleverd. Dat was ook niet te verwachten. Wel zijn er ervaringen en meningen uitgewisseld; er kan geconcludeerd worden dat het probleem bij velen 'op de agenda staat' en dat er positieve ontwikkelingen gaande zijn. Dat is op zichzelf toch een gunstig resultaat.

Aan de conferentie hebben deelgenomen: prof.dr.M.E.Boekholdt, organisatieadviseur, Adviesgroep Driemen en Van Gestel, Utrecht; dr.G.P.L.A.van den Broek, directeur Catharina Ziekenhuis, Eindhoven; prof.dr.O.J.S.Buruma, voorzitter raad van bestuur Academisch Ziekenhuis, Leiden; dr.A.Haak, voorzitter Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medische Specialisten, Utrecht; dr.D.J. Hemrika, 2e secretaris van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht; prof.dr. L.J.Krol, organisatieadviseur, lid raad van bestuur Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; dr.P.Lens, geneeskundig inspecteur van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland, Haarlem; dr.J.H.M.Lockefeer, internist, uitvoerend hoofdredacteur *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* Amsterdam; dr.J.B.Maathuis, voorzitter werkgroep Gynaecoloog en Recht van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht; prof.dr.J.M.Minderhoud, ondervoorzitter hoofdbestuur Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Utrecht; L.de Nobel, klinisch psycholoog-psychoanalyticus, directeur Nederlands Psychoanalytisch Instituut, Amsterdam; dr. A.J.P.M.Overbeke, chirurg, uitvoerend hoofdredacteur *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* Amsterdam; F.M.L.H.G. Palmen, voorzitter Landelijke Specialisten Vereniging, Utrecht; mr.H.Plokker, geneeskundig inspecteur van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, Den Bosch; prof.dr.H.G.M.Rooijmans, klinisch psychiater, Rijksuniversiteit Leiden, hoofdredacteur *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* Amsterdam; mr.J.A.Schröeder, plaatsvervangend voorzitter Medisch Tuchtcollege, Amsterdam; G.H.A.Siemons, Hoofdinspecteur voor de curatieve en preventieve Gezondheidszorg, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Rijswijk; prof.dr.C.Spreeuwenberg, hoofdredacteur *Medisch Contact,* Utrecht; dr.G.M.H.Tanke, voorzitter Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, Utrecht; dr.J.C. de Valois, voorzitter Nederlandse Specialisten Federatie, Utrecht; E.van der Veen, algemeen directeur ZAO Zorgverzekeringen u.a., Amsterdam; dr.G.van der Wal, geneeskundig inspecteur van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Holland, Haarlem; dr.G.van der Wal, directeur patiëntenzorg Kennemer Gasthuis, Haarlem.

Aanvaard op 15 May 1995

Verslag van de Tijdschrift conferentie gehouden op 27januari 1995.

Rijksuniversiteit, afd. Klinische Psychiatrie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
Prof.dr.H.G.M.Rooijmans, klinisch psychiater.

Literatuur

1. Lens P, Wal G van der. Een onderzoek naar dysfunctionerenvan specialisten. Ned TijdschrGeneeskd 1994;138:1127-31.
2. Wagener DJTh. Het gesprek met de patiënt met kanker.Ned Tijdschr Geneeskd1995;139:85-9.
3. Nobel L de. Onder collega's – dilemma'srond mogelijke meldingsplicht. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid1994;49:931-48.